

**Formulario de queja de discriminación de derechos civiles  
de la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS)**

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en:

[http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish Form 508 Compliant 6 8 12 0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf). y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de información/líneas directas de los estados (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm)

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

---

---

También puede presentar su queja con la División de Servicios para Familias y Niños de Georgia o el Departamento de Servicios Humanos de la siguiente manera:

**Para presentar quejas basadas en origen nacional  
(ej., conocimiento limitado del inglés), problemas de  
visión o audición, comuníquese con:**

Program Director  
DHS LEP/SI Program  
2 Peachtree Street, N.W., Suite 29-103  
Atlanta, GA 30303  
(404) 657-5244 (voz)  
(404) 651-6815 (fax)  
(404)-463-7591 (teletipo, TTY)

**Para presentar toda otra queja de discriminación,  
comuníquese con:**

Program Officer  
DFCS Civil Rights Program  
2 Peachtree Street, N.W., Suite 19-244  
Atlanta, GA 30303  
(404) 657-3735 (voz)  
(404) 463-3978 (fax)  
(404)-463-7591 (teletipo, TTY)



## USTED TIENE DERECHO A CONTAR CON SERVICIOS GRATUITOS DE INTERPRETACIÓN.

Oficina del condado donde ocurrió la infracción	Fecha en que ocurrió la discriminación	SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO / /
TELÉFONO DE LA CASA ( ) -		TELÉFONO ALTERNATIVO ( ) -
DIRECCIÓN FÍSICA		CIUDAD
ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO (si tiene uno)

<b>¿Está llenando este formulario por otra persona?</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contesta <i>Sí</i> , escriba su nombre a continuación: NOMBRE _____ APELLIDO _____ INFORMACIÓN DE CONTACTO: _____	<b>¿Desea mantenerse anónimo(a)?</b> <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
---	---

**Creo que he sido (u otra persona ha sido) víctima de discriminación por motivos de:**

<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color de piel
<input type="checkbox"/> Sexo (Género)	<input type="checkbox"/> Edad
<input type="checkbox"/> Religión (Solo programa de cupones de alimentos)	<input type="checkbox"/> Creencias políticas (Solo programa de cupones de alimentos)
<input type="checkbox"/> Origen nacional:	<input type="checkbox"/> Discapacidad:
<input type="checkbox"/> Conocimiento limitado del inglés	<input type="checkbox"/> Problemas de visión
	<input type="checkbox"/> Problemas de audición

**¿Quién cree que discriminó contra usted (u otra persona)?** Escriba los nombres de todas las personas que usted crea que discriminaron contra usted. **Sea específico(a)** (Adjunte páginas adicionales si es necesario)

PERSONA / AGENCIA / ORGANIZACIÓN \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN FÍSICA	CIUDAD
ESTADO	TELÉFONO ( ) -

**Describa brevemente lo que ocurrió. ¿Cómo y por qué cree que usted (u otra persona) que fue víctima de discriminación? Sea lo más específico(a) posible.** (Adjunte páginas adicionales si es necesario)

**Firme y escriba la fecha en esta queja.**

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA / /

**El resto de la información de este formulario es opcional. Si no responde la pregunta a continuación, no se afectará esta queja de ninguna manera.**

**¿Necesita adaptaciones especiales para que podamos comunicarnos con usted sobre esta queja? (marque todas las que correspondan)**

Braille     
  Letra grande     
  Cinta magnetofónica     
  Disco de computadora     
  Correo electrónico

Dispositivos de telecomunicación para sordos (TDD)     
  Intérprete de lenguaje de señas (especifique el idioma): \_\_\_\_\_

Intérprete de un idioma extranjero (especifique el idioma): \_\_\_\_\_     
  Otro: \_\_\_\_\_



---

---

**Si no podemos comunicarnos directamente con usted, ¿hay alguien a quien pudiéramos contactar para que nos ayude a comunicarnos con usted?**

NOMBRE		APELLIDO
TELÉFONO DE LA CASA ( ) -		TELÉFONO ALTERNO ( ) -
DIRECCIÓN FÍSICA		CIUDAD
ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO (si tiene uno)

---

---

**Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame a la Oficina del Programa de Derechos Civiles de DFCS al:  
404-657-3735**

---

---

